

# Lista de Chequeo Inicial MINSAL

Identificación y Evaluación de Factores de Riesgos de Trastornos Músculo Esqueléticos Relacionados con el Trabajo en Extremidad Superior (TMERT-EESS).

## I. Datos de la empresa / institución / servicio

				RESULTADO EVALUACIÓN				
Empresa/ Institución/ Servicio:		Rut:		Paso 1 Repetitividad	Paso 2 Postura	Paso 3 Fuerza	Paso 4 Descanso/ recuperación	Riesgo global de tarea
Dirección:		Comuna:		VERDE	VERDE	VERDE	VERDE	Bajo Riesgo
Actividad económica:		Nº de trabajadores/funcionarios:						Bajo Riesgo
Área o sección:		Puesto de trabajo:		VERDE	VERDE	VERDE	VERDE	VERDE
Tarea:				AMARILLO	AMARILLO	AMARILLO	AMARILLO	Moderado Riesgo
Nº de personas puesto/ tarea		M:	H:					Moderado Riesgo
Sistema de turnos:		Duración jornada:		ROJO	ROJO	ROJO	ROJO	Alto Riesgo
Hrs. extras:	Diarias:	Semanal:	Horas					Alto Riesgo
Fecha de evaluación:				ROJO	ROJO	ROJO	ROJO	ROJO

## II. Identificación y evaluación de factores de riesgos de TMERT-EESS

Respecto a las preguntas del paso 1 (repetitividad), paso 2 (Postura), paso 3 (Fuerza), paso 4 (Recuperación/descanso) que representan a la condición observada, usted debe marcar con una cruz en  Sí  No, cuando la condición de riesgo esté presente,  Sí  No cuando la condición de riesgo no esté presente.

Si todas las respuestas son NO, no existe riesgo por movimiento repetitivo en la tarea elegida para evaluar. Continúe evaluando paso 2.

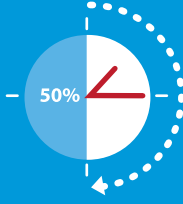
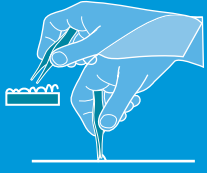
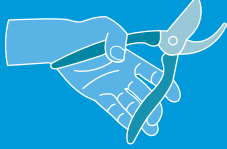
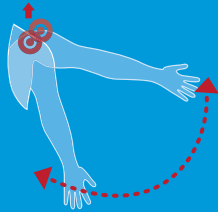
Si una o más de las respuestas son SÍ, la actividad puede entrañar riesgo para la salud del trabajador por el factor evaluado y debe ser identificada marcando la condición que se asemeja a la observada en la tarea real según lo indicado en las columnas a la derecha. Es decir, debe categorizar el factor de riesgo evaluado, según tiempo de exposición, en verde, amarillo, o rojo. Luego, siga al paso 2.

\*Horas totales: significa la sumatoria de todos los períodos en que está presente el factor de riesgo en estudio.

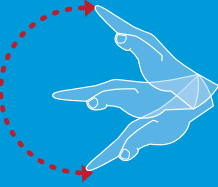
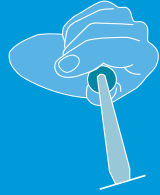

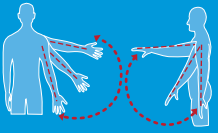
### Criterio:

- ▶ Si al menos uno de los pasos I, II, III es rojo, se considera que el riesgo global de la tarea es rojo.
- ▶ Si solo es color rojo el paso IV (Tiempo de recuperación /descanso), y los pasos I, II, III resultan verde y amarillo, el riesgo global será el color de la categoría más alta.

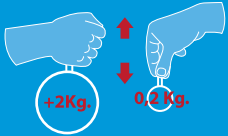
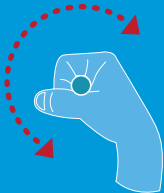
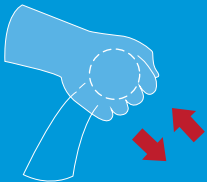
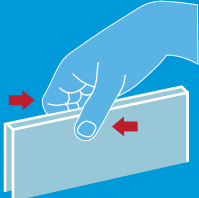
## 1 Movimiento repetitivo

Condición observada				Evaluación preliminar del riesgo
 <p>El ciclo de trabajo o la secuencia de movimientos son repetidos dos veces por minuto o por más del 50% de la duración de la tarea.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se repiten movimientos casi idénticos de dedos, manos y antebrazo por algunos segundos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Existe uso intenso de dedos, mano o muñeca.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se repiten movimientos de brazo- hombro de manera continua o con pocas pausas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>VERDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimientos repetitivos sin otros factores de riesgo combinados, por no más de 3 horas totales en una jornada laboral normal, y no más de 1 hora de trabajo sin pausa de descanso.</li> </ul>
				<p><b>AMARILLO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición no descrita y que pudiera estar entre la condición verde y rojo.</li> </ul>
				<p><b>ROJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encuentra repetitividad sin otros factores asociados, por más de 4 (*) horas totales, en una jornada laboral normal.</li> <li>(*) Horas totales: sumatoria de todos los periodos en que se realiza tarea repetitiva.</li> </ul>


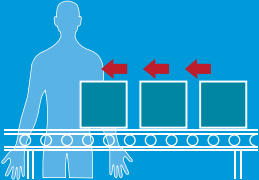
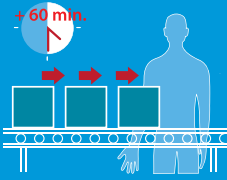
## 2 Postura y movimiento

Condición observada				Evaluación preliminar del riesgo
 <p>Existe flexión, extensión y/o lateralización de la muñeca.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Alternancia de la postura de la mano con la palma hacia arriba o la palma hacia abajo, utilizando agarre.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Movimientos forzados utilizando agarre con dedos, mientras la muñeca está rotada, o agarres con apertura amplia de dedos, o manipulación de objetos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Movimientos del brazo hacia adelante (flexión) o hacia el lado (abducción).</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>VERDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeñas desviaciones de la posición neutra o normal de dedos, muñeca, codo y hombro, por no más de 3 horas totales en una jornada de trabajo normal, o</li> <li>- Desviaciones posturales moderadas a severas, por no más de 2 horas totales por jornada laboral, y, para ambas situaciones,</li> <li>- Por no más 30 minutos consecutivos, sin pausas de descanso o variación de tarea.</li> </ul>
				<p><b>AMARILLO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición no descrita y que pudiera estar entre la condición verde y rojo.</li> </ul>
				<p><b>ROJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura desviada moderada o severa de la posición neutra o normal de dedos(*), muñeca, codo y hombro por más de 3 horas totales por jornada laboral, y</li> <li>- Sin pausas de descanso por más de 30 minutos consecutivos.</li> <li>(*) Observación: desviación moderada a severa se considera una desviación más allá del 50% del rango de movimiento de la articulación.</li> </ul>

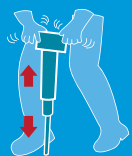



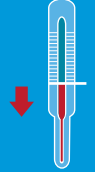
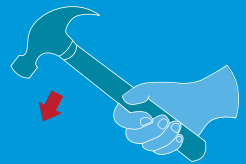


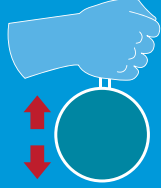
### 3 Fuerza

Condición observada				Evaluación preliminar del riesgo
 <p>Se levantan o sostienen herramientas, materiales u objetos que pesan más de: 0,2 kg usando dedos (pinza) o 2 kg utilizando la mano.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se empuñan, rotan, empujan o traccionan herramientas o materiales, en donde el trabajador siente que necesita hacer fuerza.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se usan controles donde la fuerza que ocupa el trabajador se observa y se percibe por el trabajador como importante.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Uso de la pinza de dedos donde la fuerza que ocupa el trabajador se observa y se percibe por el trabajador como importante.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>VERDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de fuerza de extremidad superior sin otros factores asociados por menos de 2 horas totales durante una jornada laboral normal, o</li> <li>- Uso repetido de fuerza combinado con factores posturales por no más de 1 hora por jornada laboral normal y (en ambas),</li> <li>- Que no presenten períodos más allá de los 30 minutos consecutivos sin pausas de descanso o recuperación.</li> </ul>
				<p><b>AMARILLO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición no descrita y que pudiera estar entre la condición verde y rojo.</li> </ul>
				<p><b>ROJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso repetido de fuerza sin la combinación de posturas riesgosas por más allá de 3 horas por jornada laboral normal, o</li> <li>- Uso repetido de fuerza combinado con posturas riesgosas por más de 2 horas por jornada laboral normal.</li> <li>- Estas situaciones sin que existan períodos de recuperación o variación de tarea cada treinta minutos.</li> </ul>




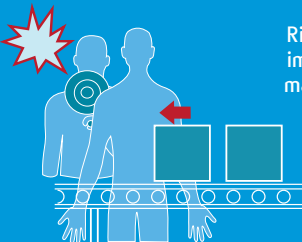
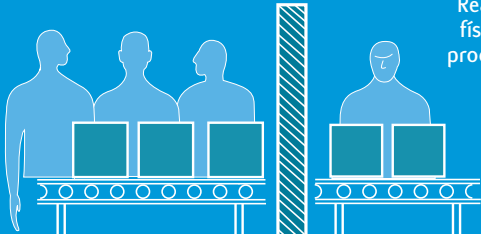

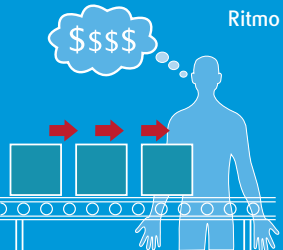
### 4 Tiempos de recuperación o descanso

Condición observada			Evaluación preliminar del riesgo
 <p>Sin pausas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Poca variación de tareas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Falta de periodos de recuperación.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>VERDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por lo menos 30 minutos de tiempo para el almuerzo, y 10 minutos de descanso tanto en la mañana y tarde, y</li> <li>- No más de 1 hora de trabajo continuo sin pausa o variación de la tarea.</li> </ul>
			<p><b>AMARILLO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición no descrita y que pudiera estar entre la condición verde y rojo.</li> </ul>
			<p><b>ROJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 30 minutos para el almuerzo, o</li> <li>- Más de 1 hora consecutiva de trabajo continuo sin pausas o variación de la tarea.</li> </ul>

## 5 Factores adicionales

 <p>Existe uso frecuente o continuo de herramientas vibrantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Los equipamientos de protección personal restringen los movimientos o las habilidades de las personas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se realiza agarre o manipulación de herramientas de manera continua, como tijeras, pinzas o similares.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Existe compresión localizada de algún segmento del cuerpo debido al uso de herramientas u otros artefactos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
 <p>Existe exposición a frío (<math>t^{\circ}</math> cercana a los <math>10^{\circ}</math>).</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se martillea y utilizan herramientas de impacto.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se realizan trabajos de precisión con uso simultáneo de fuerza.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se realizan fuerzas de manera estática o mantenidas en la misma posición.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Se realizan movimientos bruscos o repentinos para levantar objetos o manipular herramientas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

## 6 Factores organizacionales/psicosociales

 <p>Alta precisión de trabajo/ mucho trabajo para las horas laborales.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Bajo control para organizar las tareas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Poco apoyo de colegas o supervisores.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Ritmo de trabajo impuesto por las máquinas u otras personas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
 <p>Realiza tareas aisladas físicamente dentro del proceso de producción.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Alta carga mental por alta concentración o atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	 <p>Ritmo definido para la producción o remuneración por cantidad producida.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	